

Defo 20 / 70 003 817 / 4

MARIA SOL VOYAME
MÉDICA PEDIATRA
NEURÓLOGA INFANTIL
M.N. 165877 - M.P. 8783
R.E. 02917784 - R.E. 06017784

HISTORIA CLINICA de DISCAPACIDAD (Res. 1511/12)

Nombre y apellido: Emily Olazuibe

CUIT / CUIL: 20 / 70003817 / 4 Domicilio:

Fecha de nacimiento: / / Edad: Sexo: Nacionalidad:

Documento tipo y número: N° de beneficiario:

Nombre y apellido de la madre, padre, tutor o encargado:

Diagnóstico: ECNE / RBND

Plan terapéutico indicado: fonoaudiología neurológica 3 v / semana,
logopedia 3 v / semana.

(Módulos y detalle de las prestaciones solicitadas con indicación de prestador individual o institución que llevara adelante el tratamiento)

Razón social: _____

Domicilio de atención: _____

Modalidad de concurrencia: _____

(días, horarios, modalidad de asistencia: jornada simple o doble)

Para las modalidades de integración se deberá especificar:

Nombre completo institución educativa común:

Domicilio de la institución:

Traslado:

Origen:

Destino:

Tratamiento o especialidad de la prestación brindada en el destino del viaje:

Kms recorridos por viaje:

Kms totales mensuales:

Dependencia: si no

Puntaje escala MIF: _____

Semestre 1° 2° AÑO: 2016